



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - FACS
CURSO: PSICOLOGIA

DEPRESSÃO INFANTIL NA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

CRISTIANE DE SOUZA WOO

Brasília
Junho/2003

CRISTIANE DE SOUZA WOO

**DEPRESSÃO INFANTIL NA ANÁLISE DO
COMPORTAMENTO**

**Monografia apresentada como
requisito para conclusão do curso
de Psicologia do UniCEUB – Centro
Universitário de Brasília.
Professora Orientadora:
Raquel Aló**

Brasília/DF, Junho de 2003

Dedicatória

Esta monografia é dedicada aos meus futuros clientes,
aos meus pais Cleusa Cardoso de Souza e Manoel José de Souza Filho,
ao meu esposo Aristein Tai Shyn Woo e
à minha filha Ana Meyi de Souza Woo.

Agradecimento

Agradeço à orientadora Raquel Aló pelos questionamentos, encorajamento e lições; às colegas Amanda e Renata pelo companheirismo e estímulo; aos professores do IBAC – Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento pelos ensinamentos baseados na análise do comportamento.

Sumário

Introdução.....	7
Método.....	15
Resultados.....	16
Discussão.....	19
Referência Bibliográfica.....	23

A presente monografia vem apresentar a visão da análise do comportamento na depressão infantil, explicitando sua teoria conforme o behaviorismo radical de Skinner. A introdução apresenta as bases históricas e estatísticas, e posteriormente, conceituais das abordagens cognitiva, biológica e psicanalítica frente a depressão infantil. Em relação ao histórico foi relatado os aspectos mítico e biológico da depressão. Em seguida, pontuou-se a sintomatologia psicanalítica da depressão no adulto, os estudos iniciais sobre a depressão infantil. Os dados estatísticos proporcionam uma visão da gravidade do tema da presente monografia. A listagem de alguns comportamentos depressivos infantis introduzem e expõem determinados atos observados em crianças depressivas. Posteriormente, menciona-se os conceitos e posturas terapêuticas das três abordagens relatadas. Os resultados apresentam a perspectiva comportamental sobre a depressão infantil, apresentando a análise funcional como fundamental em um processo terapêutico. O método abrange o porquê da escolha dos autores citados no resultado. A discussão remete o contraste das abordagens cognitiva, biológica e psicanalítica frente à análise do comportamento.

*“E pouco a pouco se esvaece a bruma,
tudo se alegra à luz do céu risonho
E ao flóreo bafo que o sertão perfuma.*

*Porém minh’alma triste e sem um sonho
Murmura olhando o prado, o rio, a espuma:
Como isto é pobre, insípido, enfadonho!”*

Fagundes Varela

Introdução

Os sintomas depressivos têm sido observados desde a antiguidade. Suas primeiras caracterizações são míticas e poéticas. A descrição feita por Homero do herói Belerofonte na *Ilíada*, desfavorecido pelos deuses, é um dos muitos exemplos. Nos tempos de Homero, a alegria e a tristeza, a vida e a morte, eram resultado do favor ou dos castigos dos deuses. Essa influência da divindade sobre o espírito ou o corpo ocorreria de forma direta ou mediada por semideuses, demônios, gênios, duendes, ou de manifestações naturais (Beauchesne, 1989). Desde o antigo testamento são mencionados relatos sobre padecimento de infortunados e lamentações de homens e mulheres que perderam sua esperança no futuro (Mauro, 1987).

No século V a.C., Hipócrates elaborou o conceito de humores – bile amarela, bile negra, fleuma e sangue – que se relacionam respectivamente com os quatro temperamentos humanos: colérico, melancólico, fleumático e sanguíneo. O temperamento melancólico viria a ser um desequilíbrio proveniente da produção de bile negra pelo fígado, tendo como características centrais o medo e a tristeza ou o abatimento. (Sonnenreich, Estevão, Friedrich & Silva Filho, 1995; Bueno, 1995). Encontra-se em Areteu de Capadócia (séc. II d. C.) a primeira exposição minuciosa da melancolia apresentada como uma afecção sem febre, na qual o espírito triste fica sempre firme em uma mesma idéia e a ela se prende obstinadamente (Widlöcher, 1995). Já Galeno (130d. C.) afirmou que a melancolia é uma doença do espírito, sem febre, com tristeza profunda e distanciamento face às coisas mais queridas. É uma aflição sem medida (Widlöcher, 1995). Posteriormente a medicina islâmica proporcionou algumas obras relacionadas à patologia mental, sendo a de maior destaque o Tratado sobre a Melancolia, de Ishaq ibin Amran, médico em Bagdá no séc. X d.C., que fez uma descrição completa da melancolia, válida ainda hoje (Beauchesne, 1989).

De acordo com a psicopatologia, as síndromes depressivas têm uma relação fundamental com as experiências de perda (Hofer, 1996). Sendo assim, as síndromes e reações depressivas surgem com muita frequência após perdas significativas de uma pessoa muito querida e amada, de um emprego e de uma moradia. Segundo Dalgalarrrondo (2000), nos adultos depressivos há algumas alterações afetivas, neurovegetativas, ideativas, cognitivas, de autoavaliação, volição e psicomotricidade. Em relação aos sintomas afetivos, averiguou-se: tristeza, melancolia, choro fácil e/ou frequente, apatia, irritabilidade aumentada, angústia ou ansiedade, desespero, desesperança. De acordo com as alterações instintiva e neurovegetativa notou-se: fadiga, cansaço fácil e constante, desânimo, insônia ou hipersonia, perda ou aumento de apetite, constipação, palidez, pele fria com diminuição do turgor,

diminuição da libido, diminuição da resposta sexual, incapacidade de sentir prazer em várias esferas da vida. Conforme as alterações ideativas averiguou-se: pessimismo em relação a tudo; idéias de arrependimento e de culpa; ruminações com mágoas antigas; idéias de morte, desejo de desaparecer, dormir para sempre; planos ou atos suicidas. Em relação as alterações cognitivas notou-se dificuldade de tomar decisões, déficit de atenção e concentração. De acordo com as alterações da autoavaliação observou-se: sentimento de baixa auto-estima, incapacidade, vergonha e autodepreciação. Conforme as alterações da volição e da psicomotricidade averiguou-se tendência a permanecer na cama por todo o dia, diminuição da fala, redução da voz, mutismo, negativismo, lentificação psicomotora até o estupor.

Em crianças, a depressão foi reconhecida em 1952 com a publicação de alguns trabalhos sobre a área (Grünspun, 2000). No entanto, durante muito tempo, ainda acreditou-se que crianças raramente apresentavam depressão (Kazdin, 1989). Foi a partir da década de 70 que a posição atual em relação à depressão infantil começou a se desenvolver (Cytryn & McKnew, 1972). De acordo com Kazdin (1989) os conhecimentos atualmente disponíveis sobre psicopatologia infantil encontram-se defasados em relação a psicopatologia do adulto.

Segundo Miyazaki (2000) o progresso no desenvolvimento de instrumentos diagnósticos para transtornos em adultos repercutiu-se na psiquiatria infantil através do desenvolvimento de escalas para psicopatologia infantil apropriado à níveis etários distintos. Kovacs & Beck (1977) adaptaram o conhecido Inventário de Depressão de Beck para uso na avaliação de depressão em crianças. Posteriormente, Ella Poznanski, Cook & Carroll (1979) também elaboraram uma outra escala com a mesma finalidade de avaliação infantil. Com o decorrer das pesquisas percebeu-se que crianças pequenas com certos sintomas e traços observados, que não tinham características depressivas típicas de adultos, eram agora entendidos como portadoras de manifestações de depressão. Assim, em vez dos sinais “clássicos” de depressão, poder-se-ia notar perda de entusiasmo por brincar, baixo desempenho escolar ou irritabilidade. Diversos investigadores resumiram o perfil clínico que demonstrava um diagnóstico de depressão infantil: Brumback; Dietz-Schmidt & Weinberg (1977), Carlson & Cantwell (1979), Cytryn; McKnew & Bunney (1980) e Poznanski & Zrull (1970).

De acordo com Kazdin (1989) a depressão não só está presente, mas é um dos problemas emocionais mais frequentes da infância e da adolescência. Os resultados alcançados pelos estudos sobre a depressão na criança e no adolescente diferiram de acordo com os instrumentos de avaliação utilizados e a amostra estudada. Segundo Kashani, Husain, Shekim, Hodges, Cytryn & McKnew (1981) a prevalência tem variado entre 2% e 60%, em

populações clínicas. De acordo com Kashani, McGee, Clarkson, Anderson, Walton, Williams, Silva, Robins, Cytryn & Mcknew (1983) na população geral, varia entre 2% e 4%. Apesar de, na idade adulta, a depressão ser mais freqüente no sexo feminino, nas crianças essa diferença não está estabelecida. Segundo Hankin, Abramson, Mofitt, Silva, McGee & Angel (1998) um estudo longitudinal sobre o predomínio da depressão entre os sexos propõe que essa diferença surge por volta dos 15 anos de idade.

De acordo com Matson (1989) os critérios do DSM-IV (APA, 1994) têm sido amplamente utilizados para diagnóstico da depressão e de outros transtornos da infância e da adolescência. Segundo Silvaes (1991) pode-se listar alguns comportamentos apresentados por crianças e adolescentes deprimidos, como: humor deprimido ou irritável; diminuição da atividade e do interesse/prazer; queda no rendimento escolar, perda da atenção e na capacidade de concentrar-se; distúrbios do sono/insônia e hipersonia; agitação/retardo psicomotor; perda de energia física; queixas somáticas; fobia escolar; perda ou aumento de peso; cansaço matinal; aumento da sensibilidade (irritação ou choro fácil); pessimismo; enurese e encoprese e condutas anti-sociais.

A terapia cognitiva baseia-se no modelo cognitivo que define afeto e comportamento conforme a estruturação que o indivíduo faz do mundo. Então, comportamento e afeto são mediados por interpretações individuais dos fatos (Lettner, Shinohara & Lanna, 1988). Objetivo da terapia seria o alívio imediato dos sintomas depressivos e a resolução de problemas decorrentes ou associados à depressão. (Ito, 1998) De acordo com Miyazaki (1993), a terapia cognitiva utiliza três conceitos essenciais para esclarecer o substrato da depressão: **tríade cognitiva**, **esquemas** e **erros cognitivos**.

No conceito de **tríade cognitiva** o paciente pode exibir uma visão negativa de si mesmo, de seu futuro e de suas experiências. Segundo Miyazaki (1993) a visão negativa de si mesmo leva o paciente a perceber-se como defeituoso, inadequado e feio, interpretando suas experiências com o mundo de modo negativo e suas interações com o ambiente como provas de derrota e privação. Já a visão negativa de seu futuro o cliente prevê frustrações e privações e espera fracassar ao desempenhar determinada tarefa (Miyazaki, 1993). O segundo conceito essencial da depressão se refere aos **esquemas** que são padrões regulares de comportamento para padronizar e avaliar circunstâncias desconhecidas (Beck, Rush, Shaw. & Emery, 1979). Segundo Miyazaki (1993), na depressão as situações são avaliadas de forma distorcida, ou seja, quanto mais ativos os esquemas, maior a facilidade de se perceber a experiência sob um viés negativo. Nessa situação, irão desencadear-se pensamentos automáticos, definidos como “verbalizações encobertas específicas, discretas, telegráficas, reflexas, autônomas e

idiossincráticas sentidas como plausíveis e razoáveis” (Rangé, 1992c, p.82). Segundo Miyazaki (1993) o terceiro pressuposto fundamental da teoria cognitiva da depressão são os **erros cognitivos**, que é observada como uma característica básica do cliente deprimido, ou seja, é a presença de vários graus de distorção da realidade. Apesar de certa falta de exatidão ser esperada nas cognições de qualquer pessoa, as cognições do paciente deprimido mostram uma espécie de viés contra sua própria pessoa (Miyazaki, 1993).

Após essa explicação geral sobre a depressão dentro do modelo cognitivo, é importante considerar a questão da predisposição e precipitação do quadro dentro deste enfoque. Segundo Beck e cols. (1979) as experiências vivenciadas na infância proporcionam os alicerces para a formação de conceitos negativistas em relação a si mesmo, ao futuro e ao mundo externo. De acordo com Miyazaki (1993) as situações adversas não desencadearão necessariamente à depressão, a menos que o indivíduo apresente sensibilidade, em função de sua organização cognitiva. De acordo com Bandura (1977) o comportamento de um indivíduo influencia o comportamento de outros, o que por sua vez influencia o próprio indivíduo.

Existem vários programas de tratamento para depressão na infância e na adolescência conforme os métodos da abordagem cognitiva. De acordo com Neto, Yacubian, Sacalco & Gonçalves (2001) pode-se aprender a nomear adequadamente sentimentos agradáveis e desagradáveis, auxiliando na identificação das próprias emoções e das dicas que sinalizam o tipo de emoção experimentada pelas outras pessoas. Segundo Silvaes (2000) a representação de diferentes estados emocionais por intermédio de jogos e desenhos podem auxiliar no processo de educação afetiva. Segundo Kendall (1991) os procedimentos comportamentais englobam educação, modelação, feedback, treino de papéis e reforçamento social, treino em solução de problemas, *role playing* e relaxamento. De acordo com Silvaes (2000) além dos procedimentos mencionados anteriormente, são utilizados um treino de auto-avaliação, que implica em uma reestruturação cognitiva para que a criança aprenda a avaliar-se de forma positiva. Além dessas estratégias, o envolvimento da família no tratamento é muito importante (Miyazaki, 1993), no processo de identificação e implementação de reforçadores (Silvaes, 2000).

Segundo Holmes (1997) a psicobiologia caracteriza a depressão como o baixo nível da atividade neurológica em algumas áreas do cérebro. Essas áreas são responsáveis pelo prazer. De acordo com Rossi (1997) os impulsos neurais modulam as atividades das células via sistema nervoso autônomo em três etapas. A primeira etapa consiste em pensamentos e imagens gerados por impulsos neurais no córtex frontal Segundo Achterberg & Lawlis (1984) na segunda etapa esses impulsos neurais são armazenados por meio da memória, da

aprendizagem e das áreas emocionais do sistema límbico-hipotalâmico. Esse sistema límbico-hipotalâmico se refere a algumas interligações do encéfalo para que tais interligações funcionem normalmente (Guyton, 1977). Segundo Holmes (1997) os neurotransmissores norepinefrina e serotonina também encontrados na depressão iniciam a terceira etapa no processo da passagem de informação das imagens e emoções. A norepinefrina é um entre diversos elementos químicos conhecidos como catecolaminas. Segundo Maas (1975) argumenta-se que o baixo nível de atividade neurológica origina-se de quantidades insuficientes de neurotransmissores nas sinapses. De acordo com Rossi (1997) os neurotransmissores do sistema nervoso autônomo e os hormônios do sistema nervoso endócrino funcionam como “moléculas mensageiras”, ou chaves que abrem as fechaduras receptoras na superfície das células.

Rosenblatt (1983) salientou que sempre que um receptor de uma droga estiver presente no cérebro, ou em outro lugar do corpo, significa que existem substâncias endógenas, geralmente hormônios que interagem com esses receptores. De acordo com Rossi (1997) aparentemente, as drogas que reduzem o nível das catecolaminas desencadeia depressão em indivíduos normais. Segundo Holmes (1997) as drogas que aumentam os níveis de catecolaminas elevam o humor proporcionando à normalidade e reduzindo a depressão. Deveríamos observar que as mudanças de humor baseadas em mudanças nos níveis de catecolamina podem ser causadas por uma variedade de drogas diferentes das que são geralmente usadas para tratar transtornos de humor (Holmes, 1997). Evidências em alguns estudos sobre a influência das catecolaminas sobre a depressão são embasadas nos estudos dos metabólitos que é considerado um produto intermediário ou final de reações bioquímicas do organismo. Segundo Holmes (1997) os metabólitos são produzidos quando os neurotransmissores mudam sua estrutura química em consequência de interações com outros agentes químicos. Então, estudando metabólitos, podemos estudar os neurotransmissores indiretamente. Segundo Holmes (1997) é mais fácil estudar os metabólitos dos neurotransmissores do que os neurotransmissores em si. Os metabólitos de maior interesse são MHPG e 5-HIAA, que considerados em conjunto, tais achados apoiam a hipótese de que a depressão está relacionada aos níveis de norepinefrina (Holmes, 1997).

De acordo com Rossi (1997) é interessante ressaltar que baixos níveis de norepinefrina e de serotonina podem também ser usados para explicar as reduções ou aumentos no sono, apetite, libido e atividade motora que estão freqüentemente associadas à depressão. Segundo Holmes (1997) não é suficiente saber que os níveis dos neurotransmissores ocasionam a depressão; devemos também determinar o que faz com que estes níveis abaxem. Uma

explicação é que fatores genéticos contribuem para os baixos níveis dos neurotransmissores, de modo que devemos considerar as evidências concernentes a esta possibilidade (Holmes, 1997). É importante ressaltar ainda que vários marcadores biológicos, como alterações enzimáticas, podem indicar depressão. De acordo com Costa E Silva (1991) apesar de existirem relevantes instrumentos de pesquisa em psiquiatria biológica, estes são realizados apenas em laboratórios especializados, não sendo amplamente utilizados na prática clínica. Segundo Lima, Vandel & Bizouvard (1991) a maioria dos estudos sobre marcadores biológicos da depressão tem sido realizados com adultos e existem evidências sugerindo que o funcionamento desses sistemas não é equivalente para crianças. Estudos realizados com ratos em laboratórios indicam que sistemas ligados às catecolaminas, por exemplo, não estão plenamente desenvolvidos anatômica e funcionalmente antes da idade adulta, enquanto os sistemas colinérgicos e serotoninérgicos desenvolvem-se mais cedo. Assim, fatores ligados à faixa etária e alterações decorrentes da puberdade podem influenciar resultados de exames dos marcadores biológicos da depressão. Só o desenvolvimento de estudos na área pode permitir maiores esclarecimentos sobre a bioquímica da depressão na infância (Puig-Antich, 1986). Segundo Flaherty, Channon & Davis (1990), além dos fatores bioquímicos, estudos de famílias, de gêmeos e indivíduos adotados apoiam as influências genéticas na etiologia da depressão.

Os modelos psicanalíticos remetem a etiologia da depressão as conseqüências ocasionadas pelas perdas, comprometendo o desenvolvimento da criança ou do adolescente (Zimmerman, 1999). Segundo Soifer (1992), o estudo psicopatológico dos estados depressivos em infanto-juvenis demonstra intenso sentimento de não ser querido, de ser rejeitado, marginalizado. Tal situação sustenta-se através de uma forte disposição narcisista constitucional, ou seja, o sujeito toma a si mesmo como objeto de amor, cuja satisfação não é experienciada. (Bleichmar, 1983). De acordo com Soifer (1992) na depressão, a pulsão de morte se encontra em um estado avançado e se expressa através da inatividade. Segundo Laplanche & Pontalis (1998) pulsão é um tipo de carga energética que faz o organismo tender para um objetivo. Já pulsão de morte é uma pulsão que tende à autodestruição. De acordo com Melanie Klein (1970), a posição depressiva seria a defesa contra um perigo interno a que o ego é exposto pelos impulsos instintivos do id. De acordo com Laplanche (1998) ego se refere ao pólo defensivo da personalidade ou um grande reservatório de desejos. De acordo com o autor mencionado anteriormente id é o reservatório inicial da energia psíquica. Para Grünspan (2000) a psicose maniaco-depressiva é representada por ciclos, semelhantes à do adulto, no qual pode surgir precocemente, a bipolaridade: mania-depressão; ou unipolaridade: mania ou

depressão. Na fase de mania a criança se sente perseguida, hostilizada e reage com agressividade no ambiente. Na fase depressiva pode apresentar autodesvalorização, isolamento e grande (Grünspun, 2000).

Segundo Klein (1970), no estado de depressão as tentativas de reparar e restaurar o objeto amado são acompanhadas de desespero uma vez que o ego duvida de sua capacidade de reparação do objeto. No entanto, o ego ao mesmo tempo em que percebe seu amor pelo objeto bom, inteiro e real, experimenta em relação a ele um poderoso sentimento de culpa. Segundo Laplanche & Pontalis (1998) objeto se refere a um certo tipo de satisfação e pode tratar-se de uma pessoa ideal. Sendo assim, a identificação completa com o objeto, baseada na ligação da libido que advêm do seio e depois desloca para pessoa inteira. Segundo Klein (1970) e Bleichmar (1982) o amor e o ódio focam o mesmo objeto humano sendo, inicialmente, a mãe ou objeto materno e posteriormente os objetos substitutos. Então a menção anterior é considerada a primeira experiência da posição depressiva conduzindo à primeira depressão ou depressão primária. De acordo com Klein (1970) o ódio sentido contra o objeto de amor é o que leva à depressão; ou seja, é o sentimento de não ser amado como o indivíduo deseja que acarreta a depressão e, secundariamente, o ódio ao objeto que frustra por não dar o suficiente amor. Segundo Bleichmar (1982) para que possa haver depressão, é necessário que se tenha vivenciado anteriormente uma relação de amor, de conforto, de segurança e de afeto.

De acordo com um estudo realizado por Cytryn & McKnew (1972) as crianças com reações depressivas agudas apresentam, geralmente, perda de um objeto amado. Já as crianças em depressão crônica passaram, quase sempre, por episódios depressivos e numerosas separações e perdas de objeto durante sua vida. Notou-se também que as crianças com reações depressivas evidenciaram teimosia exagerada e desorganização. Segundo Sandler & Joffe (1965), apud Ajuriaguerra (2000) a condição fundamental da depressão é, por um lado, a existência de um estado ideal do outro, ou seja, visar algo inatingível para ela. Segundo Zimerman (1999) no tratamento o analista e o analisando devem identificar as diferenças clínicas constantes de sinais e sintomas típicos e específicos entre as depressões. Utiliza-se também a psicoterapia individual e orientação aos pais. Segundo Sivadon (1995) nas sessões com a criança, averigua-se a queixa inicial, história de vida, os sonhos, os desenhos. que geralmente referem-se à tristeza, solidão e morte.

A presente monografia pretende fundamentar o tema depressão infantil conforme a abordagem comportamental em contraposição às abordagens cognitiva, fisiológica e psicanalítica. Será indicado na discussão e no resultado uma postura mais objetiva,

determinista e pragmática em relação a depressão. Será mencionado a posição crítica do behaviorismo radical frente ao modelo médico e mentalista conforme relatado posteriormente na discussão. Já nos resultados será indicado o histórico do behaviorismo frente a depressão e a análise funcional da mesma. No método será relatado o motivo da escolha do tema do presente trabalho.

Método

A escolha dos autores utilizados no resultado da presente monografia foi fundamentada, embasada e articulada sobre o tema depressão infantil de acordo com os princípios comportamentais do behaviorismo radical.

Observou-se que Castanheira (2001) ponderou de forma eficiente e concisa o conceito de análise do comportamento. Ferster, Culbertson & Boren, (1977) articularam de forma detalhada os principais conceitos utilizados até então, corroborando para o bom esclarecimento do tema do presente trabalho. Regra, (1997) se expressa por intermédio de uma linguagem clara e objetiva, a fundamentação teórica e prática da depressão infantil. Demetrio (1997) descreve suas idéias precisas e sucintamente articulando a visão da análise do comportamento frente a depressão Bowlby (1985) apud Regra (1997), mostra a depressão infantil de forma organizada, coerente e clara empregando os termos da análise do comportamento vigorosamente.. Rangé (1995), apesar de ser cognitivista, abrange e expõe determinadas questões comportamentais de forma viável e compatível com a análise do comportamento. Ferster (1973) utilizou um enfoque clássico e fundamental para mencionar a análise funcional por intermédio de uma posição claramente funcional e concisa em relação a análise do comportamento. Hunziker (1997) também ressaltou seu conhecimento de forma lógica a partir de premissas básicas em relação a análise funcional. Ribeiro (2001) ressaltou a análise funcional tão competente quanto os outros autores mencionados sendo que sua forma de articular determinadas idéias são expostas de forma mais organizada. Souza (1995) articulou suas idéias e conhecimentos em relação ao papel do terapeuta de forma clara e objetiva, assim como Delitti (2001) que eficazmente mostrou a habilidade e os cuidados que o terapeuta deve ter em relação ao seu proceder durante o atendimento e a eficácia da análise funcional.

Resultado

A análise do comportamento teve sua origem em Skinner. Essa análise é uma prática científica de investigar as relações organismo-ambiente (Castanheira, 2001). Em se tratando da análise do comportamento de crianças, que é similar à adulta, deve-se investigar, nas relações organismo-ambiente: a história de vida, as relações entre as contingências ambientais e variáveis comportamentais. Essas relações organismo-ambiente formam a história pessoal de cada indivíduo que vai gerar seu comportamento atual, objeto de trabalho e estudo do analista do comportamento. Ou seja, a história de uma criança que sempre foi muito sozinha, sem brinquedos; que relata nunca ter brincado de casinha ou de bonecas e só saía de casa para visitar parentes idosos; vai ser objeto de estudo do analista do comportamento. Então, o terapeuta poderá observar a capacidade de discriminação da criança e as contingências que atuaram na aquisição ou não de padrões comportamentais presentes na depressão. Por exemplo: Os pais de uma menina não permitiam que ela saísse, só podia olhar as crianças pela janela. Essa menina não teve oportunidade de brincar, conversar, relacionar-se e só recebia reprimendas por sair de casa ou por ajudar a mãe na cozinha. Essa falta de habilidades sociais pode manter a situação de afastamento e isolamento dessa criança, não obtendo novos amigos, não saindo de casa e nem recebendo visitas. O terapeuta pode observar como essa falta de repertório social esta sendo mantida, e de que modo pode ser modificada; procurando aumentar a flexibilidade das regras, favorecendo um aumento na frequência dos comportamentos sociais, bem como um resgate das relações familiares.

Para o behaviorismo as operações de retirada de estímulos reforçadores positivos ou a introdução de estímulos punidores, proporcionariam o aparecimento dos comportamentos de tristeza e depressão. Tal fato depende da história de vida do indivíduo, ou seja, se foi exposto a muitos reforçadores ou não. Dessa maneira, uma história comportamental em que tenham predominado fortes esquemas de reforçamento e/ou se as respostas do sujeito frente àquelas contingências foram predominantemente reforçadas, aumenta a probabilidade de que sejam eliciados comportamentos de fuga e esquiva (Banaco, 1999). Como a emissão de respostas é a condição mínima para que o reforçamento ocorra, o tratamento da depressão envolve, inevitavelmente, uma análise das contingências de reforçamento que afetam esse indivíduo. Mesmo que tratado com psicofármacos, o comportamento “normal” só se manterá se as contingências de reforçamento do meio forem adequadas. A caracterização objetiva da depressão parte da análise da frequência de comportamentos que geram determinados tipos de consequências. Em comparação com os indivíduos “normais”, um repertório do indivíduo

deprimido apresenta uma baixa frequência de respostas, principalmente daquelas que gerariam reforçadores. Consequentemente, a pessoa deprimida carece, basicamente, de reforçadores (Ferster, 1973). Os relatos verbais do paciente sobre tristeza, passividade, pessimismo, etc, seriam, desse ponto de vista, a tradução mentalista dessa falta de reforçadores. Portanto, para o analista do comportamento, não são as características topográficas que caracterizam o comportamento como depressivo, mas sim as suas relações funcionais.

Analisando-se a depressão como sendo proveniente das relações organismo-ambiente, Demetrio (1997) e Hünziker (1997) expõe a necessidade de se identificar e questionar quais as contingências que desencadeiam a baixa frequência de respostas emitidas em um ambiente altamente reforçador. Por exemplo: Uma criança que possuía muitos brinquedos e amiguinhos não pudesse mais convidá-los, nem vê-los para se divertirem com ela; começar a apresentar um comportamento de isolamento num quarto escuro e chorar durante todo o dia, durante várias semanas. Deve-se observar que a frequência de respostas brincar e ver os amiguinhos era altamente reforçador (brincar) e passou a não ocorrer mais, podendo-se questionar e identificar as contingências envolvidas no fato dela não poder brincar com seus amigos, se isolar e chorar constantemente. Caso se observe a persistência no não interesse da criança em querer brincar e nem interagir com outros amigos e familiares, pode-se dizer que essa criança está tendo alguns comportamentos característicos da depressão como falta de reforçadores e isolamento social.

Ferster (1973) foi o expositor de um trabalho precursor de análise funcional da depressão, o qual propiciou a abertura de importantes horizontes para a conceitualização e tratamento comportamental da depressão. A análise funcional da depressão sugerida por este autor explana de que forma a depressão é compreendida dentro de um enfoque comportamental. Este autor descreve depressão como a redução na frequência de determinados comportamentos, exemplificada pela perda de interesse em atividades habituais. Por exemplo uma criança que brincava todos os dias e passou a não querer brincar mais, só quer ficar dormindo e chorando, pode ser uma descrição de depressão infantil segundo esse autor. Além disso, observa-se um aumento na frequência de comportamentos de esquiva e fuga. Subentende-se que esquiva e fuga sejam uma evitação de um estímulo aversivo, sendo que no primeiro a pessoa se esquia de circunstâncias potencialmente aversivas que ainda não ocorreram; e no segundo o indivíduo foge de circunstâncias aversivas atuais (Catania, 1998). Ou seja se uma criança, ao ser constantemente xingada pelos pais ao sair com os melhores amigos, resolve não ver mais tais amigos. Observa-se que essa criança está fugindo dos

xingamentos (circunstância aversiva) dos pais no momento em que ela fica sem ver os amigos. A análise funcional, nesta e em outras perspectivas, é um dos instrumentos mais valiosos para a prática clínica, pois é a partir dela que é possível o levantamento correto dos dados necessários para o processo terapêutico. Portanto, a primeira consideração que precisa ser feita é que o comportamento do cliente tem uma função. Cabe ao terapeuta encontrar o porquê (em que contingências) deste comportamento ter se instalado e como ele se mantém. Esta descoberta se faz a partir da análise funcional que, em clínica, compreende pelo menos três momentos da vida do cliente: sua história passada, seu comportamento atual, e sua relação com o terapeuta (Delitti, 2001).

Buscar as relações funcionais e a análise conceitual do comportamento é um instrumento de grande utilidade e importância. É por intermédio dela que torna possível o levantamento correto dos dados necessários para o processo terapêutico. A busca e o levantamento das possíveis variáveis das quais o comportamento é função, e as explicações das contingências que controlam o comportamento, propicia o levantamento das hipóteses acerca da aquisição e manutenção dos repertórios considerados problemáticos. Segundo Skinner, a seleção produziu uma “natureza humana”, que nunca chega a existir de fato, uma vez que a dotação genética nada é até ter sido exposta ao meio ambiente e a exposição a modifica imediatamente. “ (1974/1976, p.165).

Nota-se que a análise funcional é um instrumento do terapeuta que propicia a intervenção de maneira mais direta e eficaz, com resultado a curto prazo e possibilidade de reavaliar e tornar a escolher outros cursos de ação. Segundo Delitti (2001) alguns cuidados podem vir a aumentar a probabilidade de a análise funcional se mostrar mais eficaz. Em primeiro lugar, ao fazer a análise dos comportamentos que aparecem durante a sessão, o terapeuta deve estar atento ao fato de que ele próprio faz parte das contingências, sendo ao mesmo tempo, estímulo discriminativo e reforçador, ou seja, sinaliza as consequências e aumenta a frequência de comportamentos. Averiguou-se, então que a prática da análise funcional acompanha o terapeuta desde o início do processo, no levantamento das hipóteses; durante o mesmo, orientando a observação acerca do comportamento do cliente na sessão e seus relatos sobre o que acontece fora da mesma; e também no final do processo, no planejamento da manutenção e generalização das mudanças comportamentais obtidas.

Discussão

A presente discussão abordará a visão da depressão infantil frente aos preceitos do behaviorismo radical na análise do comportamento, discutindo e retomando alguns conceitos referentes à psicologia cognitiva, biológica e psicanalítica, mencionadas na introdução da presente monografia.

De acordo com a psicologia cognitiva a causa da depressão infantil está relacionada ao pensamento e a percepção, que promovem mudanças comportamentais. Em relação a esses processos cognitivos que atribuem a causalidade da depressão infantil a uma forma de mentalismo. Não têm sentido explicar as origens do comportamento humano através do pensamento ou percepção porque o que ocorre lá não é causa. Deve-se procurar a explicação da origem do comportamento através da seleção natural, da evolução das espécies e das contingências de reforçamento (Skinner, 1991).

Segundo o behaviorismo radical, o comportamento é um produto da relação entre organismo e ambiente (Skinner, 1974), sendo exatamente tal relação seu objeto de estudo. Não há dicotomia interno/externo, pois independente da localização os eventos, eles apresentam a mesma natureza e seguem as mesmas leis (princípios comportamentais). Ao contrário das concepções internalistas, as ações passam a ter papel preponderante na construção do ser humano, pois a criança age no ambiente, e é através dessas ações que podem-se alterar as contingências.

Ao colocar a “causa” dos problemas no interior das pessoas, a cultura internalista está atribuindo à tristeza e à angústia a causa do comportamento, mantendo-as sem ação. Ou seja, as contingências ocorrem e os pais e as crianças se mantêm olhando para o produto de tais contingências, denominando-as como tristeza e depressão. Esses pais e essas crianças estão distantes de descobrir que o poder de alteração das contingências estão em suas ações sobre o ambiente. O indivíduo aprende e se mantém olhando para dentro e as contingências, evidentemente, continuam operando. Está completamente passivo diante de tais controles. Totalmente distante das fundamentais possibilidades do ser humano em atuar sobre as contingências e descrevê-las, estabelecer estratégias de ações e, enfim, atuar buscando contra-controle. Além de passiva, a pessoa está paralisada. De acordo com as regras provenientes da cultura internalista tais como: ‘a causa de seus problemas está dentro de você, é para esse lugar que você deve olhar’, impede a existência de maior variabilidade de comportamento, pois a pessoa atribui as causas de todos os problemas a processos internos. Os

comportamentos são claramente definidos: olhar para dentro e falar o que se vê. O terapeuta tem como objetivo principal, em sua prática, promover a saúde comportamental descrevendo as contingências de reforço e manejá-las através de alterações das ações do cliente sobre o ambiente.

Em relação a causalidade da psicobiologia mencionada na introdução do presente trabalho, que caracteriza a depressão como o baixo nível da atividade neurológica, pode-se mencionar que tal atribuição é reducionista e infundada, pois a eliciação de respostas biológicas não depende, necessariamente, da natureza do estímulo biológico, mas sim da propriedade do estímulo que está exercendo o controle e das relações funcionais relacionadas ao contexto (Starling, 2001). Em relação a este modelo médico da psicobiologia nota-se que o comportamento da criança é considerado anormal ou doente devido a causas subjacentes. No entanto, é o ambiente que modela o repertório comportamental infantil, sendo que as diferenças entre comportamento dito ‘normal’ e ‘anormal’ provêm de diferenças nos esquemas de reforçamento a que as crianças foram expostas. (Ullman & Krasner, 1965)

O desenvolvimento da neurociência pode contribuir para uma compreensão do fenômeno comportamental, na medida em que esclareça a base biológica das relações ambiente/comportamento, mas terá de recorrer ao analista comportamental para uma explicação mais clara de seus efeitos. Entretanto, explicações fisiológicas não substituem explicações comportamentais. A fisiologia é parte do organismo cujo comportamento deve ser explicado. O terapeuta comportamental, tendo conhecimento dos princípios, conceitos e procedimentos comportamentais, olha para a realidade com o referencial teórico da proposta comportamental (Cesar, 2001).

O terapeuta deve ter certas informações acerca da história da criança, sobre o comportamento depressivo que precisa ser tratado e também das circunstâncias nas quais a criança vive, e não observar, primeiramente, o organismo dessa criança. O levantamento de dados e fatos acerca da vida desse cliente é apenas o primeiro em uma análise científica.

Em relação à abordagem psicanalítica observou-se que a causalidade da depressão remete-se ao fato dos desejos internos da energia psíquica não serem satisfeitos, tentando restaurar uma pessoa ideal interna e oculta. Volta-se a crítica de que se está promovendo a alienação. É tentador atribuir o comportamento visível a um outro ‘organismo interno’. O problema está no fato de que tal explicação não explica, na verdade, nada sobre o comportamento humano; ou seja, não oferecem explicação real e ficam no caminho de uma análise mais eficaz. (Skinner, 1984) Ao invocarmos a suposta existência de um agente autônomo interno (homuncúlo) que explicaria o comportamento de um indivíduo externo, faz-

se necessário, por conseguinte, explicarmos o comportamento do homúnculo. Desse modo, o que fazer em seguida? Explicar o comportamento do homúnculo invocando outro homúnculo? E assim continuamos tal procedimento explicativo infinitamente? Ou cessamos o processo de investigação ao invocarmos o primeiro homúnculo? Esse homenzinho geralmente é dividido na psicanálise sendo os desejos inconscientes, à consciência, à vontade, e ao querer. Talvez tal fato ocorra porque vemos o comportamento humano e observamos muito pouco do processo através do qual ele se origina e sentimos necessidade de um eu criativo. (Skinner, 1989). A psicanálise advoga a idéia de que esse homúnculo vai desencadear a causalidade da depressão. O behaviorismo não nega a existência dos comportamentos privados, dentre os quais só o indivíduo tem acesso, mas afirma que esses fenômenos são resultado da história de interação do organismo com seu ambiente e não de homúnculos. Identificar fatores determinantes na história de vida, nos possibilita induzir sobre o desenvolvimento de padrões de comportamento que fazem parte de uma classe de respostas mais ampla, a qual pode ser nomeada como depressão. O mentalismo indicaria falsos ou equivocados caminhos que só desviariam os pesquisadores dos eventos concretos e relevantes para a compreensão do fenômeno estudado.

A linguagem cotidiana é fortemente marcada por concepções internalistas (Skinner, 1990). Percebe-se claramente a presença marcante de um “eu ” como por exemplo: “eu fui ao cinema porque eu quis”. Essa linguagem cotidiana é, portanto, um comportamento que induz as pessoas a procurarem os determinantes do comportamento em seus “interiores”. Apesar do uso de relatos de sentimentos e “estados da mente” serem justificados em termos práticos, tal fato não justifica seu uso na construção de uma teoria. (Skinner, 1991). Já “o que é sentido como sentimento ou introspectivamente observado como estado da mente são estados do corpo que são produtos de certas contingências de reforçamento”. (Skinner, 1991b, p. 109) Alterando-se as contingências, alteram-se comportamentos.

O behaviorismo radical concebe uma forma de entendimento muito diferente da linguagem adotada pelos mentalistas como fonte explicativa. Enquanto nas concepções mentalistas a linguagem é concebida sempre como uma “coisa” que é associada a “imagens mentais”, no behaviorismo a direção da ação é exatamente contrária. Os falantes respondem ao mundo, dependendo das maneiras como as respostas foram modeladas e mantidas por contingências especiais de reforçamento. Os ouvintes respondem aos estímulos verbais segundo as maneiras com que foram modelados e mantidos por outras contingências de reforçamento. Ambas as contingências são mantidas por um ambiente verbal desenvolvido ou cultural (Skinner, 1991).

Infelizmente, a cultura internalista produz indivíduos voltados ao que está acontecendo “em seus interiores” e seus interesses estão voltados para seus comportamentos privados como a tristeza ou euforia, e não para as relações com as pessoas que fazem parte do seu ambiente. Para os behavioristas o homem é um produto das contingências que o determinam. Mas tal determinação não implica que o homem responda passivamente a um ambiente aversivo. Seu comportamento é produto dos efeitos de sua própria ação. Essa determinação ocorre por um conjunto de múltiplas dimensões em que comportamento e ambiente se transformam a partir de um processo de interações recíprocas das contingências de sobrevivência, das contingências de reforçamento e das contingências mantidas pelo ambiente social (Skinner, 1981/1987). Tais contingências do meio social, fundamentais para compreender o comportamento humano, são produzidas pelos próprios homens. É o homem que constrói as contingências que o determinam, pois o comportamento humano está amplamente sob o controle do próprio homem. (Skinner, 1947/1972) “...o homem, como o conhecemos, melhor ou pior, é o que o homem fez do homem.” (1971, p. 197)

Diferentes abordagens classificam a depressão como baseadas em suas causas (ambientais e orgânicas) e mencionando múltiplos sintomas. Tais classificações e listagens sintomáticas não são, contudo, a matéria básica com que trabalha o analista do comportamento que tem como referencial teórico o behaviorismo radical (Skinner, 1982). Para esse profissional, a abordagem da depressão pressupõe a definição não mentalista dos comportamentos, e das relações entre as respostas desse indivíduo e os eventos que ocorrem no seu ambiente físico e social (Fester, 1973). Portanto, o analista do comportamento não lida com uma “síndrome” ou uma “doença”, mas sim com um repertório comportamental único, personalizado, que deve ser compreendido através da sua análise funcional.

A originalidade da análise behaviorista radical consiste, portanto, em incluir os fenômenos subjetivos no campo de uma ciência do comportamento sem transitar para uma concepção mentalista acerca do comportamento humano. Isso só é possível quando se passa a interpretar sentimentos e pensamentos como fenômenos propriamente comportamentais, isto é, como fenômenos que se caracterizam por uma relação do indivíduo com seu ambiente, especialmente seu ambiente social. (Tourinho, 1999)

Referencia bibliográfica

- American Psychiatric Association (1994). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Achterberg, J. & Lawlis, G. (1984) *Imagery and disease*. Champaign, IL: Institute for Personaly & Ability Testing.
- Ajuriaguerra, J.; Marcelli, D.(1991) *Manual de psicopatologia infantil*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Banaco, A. R. (1999). *Técnicas cognitivo-comportamentais e análise funcional*. In: Wielenska, R. C. (1999). Sobre comportamento e cognição. São Paulo: ARBYTES. v. 4, pp. 75-84.
- Bandura, A.(1977) *Modificação do comportamento*. [Principles of Behavior Modication] Trad. Eva Nick e Luciana Peotta. Rio de Janeiro, Interamericana.
- Beauchesne, H.(1989) *História da psicopatologia*; tradução Álvaro Cabral, São Paulo: Martins Fontes,
- Beck, A.T., Rush, A J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979) *Terapia cognitiva da depressão*. [Cognitive therapy of depression] Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro, Zahar, p.419.
- Bleichmar, H. (1983) *Depressão: um estudo psicanalítico*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Brumback, R., Dietz-Schmit S. G. & Weinberg, W. (1977). *Depression in children referred to na educational diagnostic center*. Dis New System 38: 529-535.
- Capra, F. (1982) *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix. pp.156-168.
- Carlson G. A. & Cantwell, D. P. (1979). *A survey of depressive symptoms in a child & adolescent psychiatric population*. American Journal of Psychiatry, 18: 587-599.
- Castanheira, S. S. (2001) *Autocontrole: a linguagem do cotidiano e da análise do comportamento*. In: Wielenska, C. R. (Org). sobre comportamento e cognição. São Paulo: ARBYTES. V. 6.
- Cesar, G. (2001). *Da queixa espontânea à descrição de contingências de reforçamento*. In: Guilhardi, H. J. (Org). Sobre comportamento e cognição. São Paulo: ARBYTES. v. 8.
- Costa E. & Silva, J. A. (1991). *Marcadores biológicos da depressão*. *Arquivos Brasileiros de Medicina*, 65 (1): pp. 57-62. Suplemento.

- Cytryn, L., McKnew, D.H.(1972) *Proposed classification of childhood depression*. American Journal of. Psychiatry., 129 (2): 149-155.
- Cytryn, L., McKnew, D.H., Bunney, W.(1980) *Diagnosis of depression in children: A reassessment*. American Journal of. Psychiatry., 137:22-25.
- Demetrio, F. N. (1997) *Depressão: bases anátomo-fisiológicas*. In: Zamignari, O. R. (Org). Sobre comportamento e cognição. São Paulo: ARBYTES. v. 3.
- Dalgalarrodo, P. (2000) *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto alegre: Artes Médicas Sul. pp. 190-193..
- Delliti, M. (2001) *Análise funcional: o comportamento do cliente como foco da análise funcional*. In: Delliti, M. (Org). Sobre comportamento e cognição. São Paulo: ARBYTES. v.2.
- Ferster, C. B (1973) *A funcional analysis of depression*. American Psychologist, 23, nº 10, october, 73.
- Ferster, C. B., Culbertson, S. & Boren, M. P. (1977). *Princípios do comportamento*. São Paulo: Hucitec/EDUSP.
- Flaherty, J. A., Channon, R. A. & Davis, J. M. (1990) *Psiquiatria: diagnóstico e tratamento*. [Psychiatry: diagnosis & therapy] trad. Dayse Batista. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Guyton, C. A. (1977) *Anatomia e fisiologia do sistema nervoso*. Rio de Janeiro: Editora Interamericana.
- Grünspun, H. (2000) *Distúrbios psiquiátricos da criança*. 3º edição, São Paulo: Editora atheneu. pp. 319-342.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Mofitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R. & Angel, K. E. (1998). *Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging sex differences in a 10 year longitudinal study*. Journal of Abnormal Psychology, 170, pp. 128-140.
- Holmes, S. D. (1997) *Psicobiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre. Artes Médicas. 2º edição. pp. 157-190
- Hunziker, M. H. (1997) *O desamparo aprendido e a análise funcional da depressão*. In: Zamignari, D. R. (Org). Sobre comportamento e cognição. São Paulo: ARBYTES. v.2.
- Kasdin, A. E. (1989). *Childhood depression*. In: MASH, E. J. & BARKLEY, R. A. (Orgs) Treatment of childhood disorders. New York: Guilford, pp. 135-166.

- Kashani, J. H.; Husain, A.; Shekim, W. O., Hodges, K.; Cytryn, L. & McKnew, D. H. (1981). *Current perspectives on childhood depression: An overview*. American Journal of Psychiatry, 138, pp. 143-153.
- Kashani, J. H., McGee, R. O., Clarkson, S. E., Anderson, J. C., Walton, L. A., Williams, S., Silva, P. A., Robins, A. J., Cytryn, L. & McKnew, D. H. (1983). *Depression in a sample of 9 years old children*. Archiver of General Psychiatry, 40, pp. 1217-1223.
- Klein, M. (1970) *Contribuições à psicanálise*. São Paulo: Mestrejou.
- Kovacs, M. & Beck, A. (1977). *Na empirical clinical approach toward a definition of childhood depression*. In: Schulerbrandt, J. G. & Raskin, A. (Eds), *Depression in childhood: Diagnosis treatment, and conceptual models*. New York: Raven.
- Laplanche & Pontalis (2000) *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lettner, H. W. & Rangé, B. P. (1988) *Manual de psicoterapia comportamental*. São Paulo: Manole.
- Lettner, H. W., Shinohara, H. O. & Lanna, G. C. (1988) *Depressão*. In: Lettner, H. W. & Rangé, B. P.(Org). *Manual de psicoterapia comportamental*. São Paulo: Manole, pp. 128-136.
- Lima, C. A. M., Vandel, S. & Bizovard, P. (1991) *O teste TRH em pacientes depressivos*. Informação Psiquiátrica, 10 (2): 36-40.
- Maas, J. W. (1975). *Catecholamines and depression: A further specification of the catecholamones and behavior*. New York: Plenum. pp. 119-133.
- Matos, M. A. (1997b). *Com o que o behaviorismo radical trabalha*. In: Banaco, R. A. (Org). *Sobre comportamento e cognição*. São Paulo: ARBYTES. v. 1, pp. 45-67.
- Matson, J. L. (1989). *Treaning depression in children and adolescents*. New york: Pergamon.
- Mauro, I. J.(1987) *Depressão: síndrome da dependência psicológica*. São Paulo, EPU. pp.7-8.
- Michael, J. (1982) *Distinguishing between discriminative and motivational functions of stimuli*. Journal of experimental analysis of behavior, 37, 1, pp.149-155.
- Miyazaki, M. C. O. S. (2000). *A depressão infantil*. In: Silvaes, M. F. E. (Org). Campinas, São Paulo: Papirus.
- Miyazaki, M. C. O. S.(1993). *Enfoque psicossocial da doença crônica: Um estudo sobre depressão em pacientes pediátricos asmáticos e suas mães*. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

- Poznanski, E., Cook, S. C. , Carroll, B. J. (1979). *A depression rating scale for children*. Pediatrics, 64: pp. 442-450
- Poznanski, E. & Zrull, J. P. (1970). *Childhood depression: Clinical characteristics of overtly depressed children*. Archives of General Psychiatry, 23: 8-15.
- Puig-Antich, J. (1986) *Psychobiological markers: effects of age and puberty*. In: Rutter, M., Izard, C. E. & Read, P. B. (Eds) Depression in young people: developmental and clinical perspectives. New York, Guilford. pp. 341-381.
- Rangé, B. (1992 c) *Psicoterapia cognitiva III. Depressão*. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 41 (4): 157-162.
- Rangé, B. (1995) (Org). *Psicoterapia comportamental e cognitiva: transtornos psiquiátricos*. Capinas: Editorial Psi.
- Regra, J. A. (1997) *Depressão infantil: aspectos teóricos e atuação clínica*. In: Delliti, M. (Org). Sobre comportamento e cognição. São Paulo: ARBYTES. v.2.
- Regra, J. A. (2001) *Depressão infantil: aspectos teóricos e atuação clínica*. In: Delliti, M. (Org). Sobre comportamento e cognição. São Paulo: ARBYTES. v.2.
- Ribeiro, R. M. (2001) *Terapia analítico-comportamental*. In: Guilhardi, H. J. (Org). Sobre comportamento e cognição. São Paulo: ARBYTES. v. 8.
- Rosenblatt, M. (1983). *Neuropeptides: Future implications for medicine*. Medical Times, november. pp. 31-37.
- Rossi, L. E. (1997) *A psicobiologia da cura mente-corpo: novos conceitos de hipnose terapêutica*. Tradução: Ana Rita P. de Moraes, Campinas: São Paulo: Editorial Psy.
- Seligman, M. E. P. (1977). *Desamparo: sobre depressão, desenvolvimento e morte*. São Paulo: HUCITEC-EDUSP.
- Sivadon, P.F. (1986) *Corpo e terapêutica: uma psicopatologia do corpo*. Campinas: Papirus.
- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms*. New York: Appleton.
- Skinner, B. F. (1947). *Current trends in experimental psychology*. In: Cumulative record: a selection of papers. New York: Appleton-Century-Crofts, 1972, pp. 295-313.
- Skinner, B. F. (1971). *Beyond freedom and dignity*. New York: Bantan Vintage.
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. New York: Vintage, 1976.
- Skinner, B. F. (1979) In Evans, R. I. (Org). *Construtores da psicologia*. São Paulo: Summus/EDUSP. (Originalmente publicado em 1968)

- Skinner, B. F. (1981). *Selections by consequences*. In: Upon further reflection New Jersey, 1987, pp. 51-63.
- Skinner, B. F. (1982) *Sobre behaviorismo*. São Paulo: Cultrix: EDUSP.
- Skinner, B. F. (1984). *Contingências de reforço: uma análise teórica*. São Paulo: Abril Cultural, Coleção Os Pensadores.
- Skinner, B. F. (1989). *The listener*. In: Recent issues in the analysis os behavior. Columbus, Ohio: Merrill Publishing Company, pp. 35-47.
- Skinner, B. F. (1990). *Can psychology be a science of mind?* American Psychologist, 45 (11).pp. 1206-1210.
- Skinner, B. F. (1991) *Questões recentes na análise comportamental*. São Paulo: Papyrus.
- Skinner, B. F. (1991). *O que terá acontecido com a psicologia como ciência do comportamento?* Em Questões Recentes na Análise Comportamental. Campinas: Papyrus. pp. 83-99.
- Skinner, B. F. (1991). *O ouvinte*. Em Questões Recentes na Análise Comportamental. Campinas: Papyrus. pp. 53-69.
- Skinner, B. F. (1991). *O lado operante da terapia comportamental*. Em Questões Recentes na Análise Comportamental. pp. 101-116, Campinas: Papyrus.
- Skinner, B. F. (1995). *Sobre o behaviorismo*. São Paulo: Cultrix. (Originalmente publicado em 1974)
- Silvaes, E. F. M. (1991). *A evolução do diagnóstico comportamental*. Psicologia: Teoria & Pesquisa 7, pp. 179-187.
- Silvaes, E. F. M. (2000). *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil*. Campinas, São Paulo: Papyrus.
- Soifer, R. (1992) *Psiquiatria infantil e operativa: psicologia evolutiva e psicopatologia*. Porto Alegre: Artes Médicas. 3º edição.
- Sonenreich, C., Estevão, G., Friedrich, S., Silva Filho, L. M. A. (1995). *A evolução histórica do conceito de depressão*. Revista ABP- APAL, v. 17, nº 1, p. 29-40.
- Starling, R. R. (2001) *Análise funcional da enfermidade: um quadro conceitual analítico-comportamental para orientar a intervenção psicológica em contextos médicos*. In: Guilhardi, H. J. (Org). *Sobre comportamento e cognição*. São Paulo: ARBYTES. v. 8.

- Souza, D. G., Rose, J. C. C., Hanna, E. S. & Galvão, O. F. (1995). *Projeto integrado de pesquisa, extensão e ensino: laboratórios integrados de apoio ao ensino de leitura*. Não publicado. São Carlos, Brasília, Belém.
- Tourinho, E. Z. (1999). *Consequências do externalismo behaviorista radical*. In: Banaco, R. A. (Org). Sobre comportamento e cognição. São Paulo: ARBYTES. v. 8.
- Tourinho, E. Z. (1999). *Eventos privados: o que, como e porque estudar*. In: Banaco, R. A. (Org). Sobre comportamento e cognição. São Paulo: ARBYTES. v. 4.
- Ullmann, L. P. & Krasner, L. (1965). *Case studies in behavior modification*. HOLT. New York: Rinehart & Winston. pp.1-63
- Wildlöcher, D. (1995). *As lógicas da depressão*. Portugal: Climepsi editores.
- Zimerman, D. (1999) *Fundamentos psicanalíticos: teoria técnica e clinica – uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artmed.